



(Para uso de LCC)

Nombre de la cliente (Apellido, Nombre, Inicial): _____ Expediente #: _____
Sitio de inscripción: _____ Fecha de inscripción/reinscripción: ____/____/____

Formulario de inscripción para una revisión para mujeres (Women's Health Check de Idaho)



Elegibilidad de la cliente *(Verifique antes de la inscripción y evaluación inicial. Exclusivo para uso de la oficina)*

1. ¿Es ciudadana estadounidense? Sí No
Si es No, ¿tiene ID como extranjera? Sí No
2. Total de personas que viven en la casa (incluyéndose) _____
¿Su cónyuge vive con usted? Sí No
Número de hijos menores de 19 años _____
3. ¿Tiene actualmente seguro médico privado? Sí No
¿Cubre mamogramas y examen de Papanicolaou? Sí No
¿La cantidad del deducible no le permite hacerse un mamograma o examen de Papanicolaou? Sí No
Tipo de seguro médico:
 Privado
Nombre de la compañía: _____
 Medicaid
 Medicare— sólo Parte A

4. Ingreso total de la familia (bruto) antes de impuestos:
\$ _____ al año o \$ _____ mensual
5. Edad: 50-64 (elegible para evaluación mamaria y cervicouterina)
 40-49 (elegible para evaluación cervicouterina)
 30+ * (inscripción limitada: cliente sintomática de cáncer)
**se anexa el formulario de autorización de inscripción limitada*

Esta cliente cumple con los requisitos de inscripción.

_____ Ciudadana/extranjera elegible
(la extranjero debe vivir al menos 5 años seguidos en Estados Unidos)

_____ Sin cobertura de seguro

_____ Ingreso *(use tabla actual)*

_____ Edad

Elegibilidad verificada por: _____

1. Información de la cliente *(requerida)*

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Apellido de soltera *(si corresponde)*: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
¿Es ciudadana estadounidense? Sí No Lugar de nacimiento (Estado): _____
Seguro social #: _____ O ID de extranjero #: _____ Fecha de expedición: ____/____
Dirección postal particular: _____
Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono casa/celular: (____) _____-____ Teléfono oficina: (____) _____-____

2. Origen étnico y raza *(se requieren todas las respuestas)*

Origen étnico: *(marque uno)*

No hispano

Hispano

Desconocido

¿De qué raza se considera? *(marque todas las que correspondan)*

Blanca

Negra o afroamericana

Asiática

Isleña del Pacífico o Nativo de Hawai

Indio americana o Nativo de Alaska

Desconocido

¿En qué idioma prefiere la información médica?

(marque uno)

Inglés

Español

3. Contacto de emergencia

Persona a la que podamos llamar en caso de no localizarla:

Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono: (____) _____-____

4. ¿Cómo se enteró de este programa? *(marque todas las respuestas que correspondan)*

Proveedor de cuidado médico

Evento en comunidad/Feria de salud

Amistad/Familiar

Departamento de salud

Radio

Televisión

Otro _____

Sociedad Americana contra el Cáncer

Boletín en la iglesia

Banco de comida

Periódico

Recordatorio

Web

Página 1 de 2

Marque todas las respuestas que correspondan bajo conocimientos de que proporcionar información falsa puede dar como resultado medidas legales, civiles o administrativas.

La información que he proporcionado en este formulario está correcta.

Deseo empezar/continuar con el servicio a través de Women's Health Check de Idaho

Soy ciudadana estadounidense. *(Si necesita el tratamiento deberá presentar el acta de nacimiento o documento de ciudadanía original.)*

O Tengo ID como extranjera y he vivido en Estados Unidos al menos 5 años. *(Si necesita tratamiento, deberá presentar su tarjeta de ID como extranjera.)*

Firma de la cliente: _____ Fecha: ____/____/____